



# **Universidad del Salvador**

## **Facultad de Ciencias Sociales**

### **Escuela de Sociología**

#### Tesis de Licenciatura

“Participación y Fortalecimiento comunitarios en salud: El caso de la Posta sanitaria del Barrio Hain (Ushuaia).”

Autor: Ismael Alberto Ficosecco

Profesor Consejero: Lic. Edgardo Margiotta

[2013]

---

## RESUMEN

Este trabajo indaga sobre la participación y el fortalecimiento comunitario en salud en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Argentina en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) adoptada por nuestro país luego de que se decretase la Emergencia Sanitaria Nacional en el año 2002.

La nueva política pública de salud otorga un rol protagónico a la comunidad estableciendo que quienes trabajan en APS actúen como facilitadores brindando instrumentos a la gente para que se apropien de ellos y comiencen un proceso grupal y comunitario. Con esto se busca el *empowerment* o fortalecimiento comunitario en salud, al incentivar la capacidad de los individuos para tomar la conducción de sus problemas y elaborar su solución.

Se realizó un estudio de caso exploratorio-descriptivo siguiendo una estrategia metodológica cualitativa. Para la investigación se eligió como estudio de caso la Posta Sanitaria de uno de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Ushuaia, en tanto era señalada como uno de los lugares con mayor desarrollo en materia de participación comunitaria en salud de la ciudad.

La recolección de la datos se llevó a cabo utilizando las técnicas de observación participante y entrevistas semi-estructuradas. La observación participante se efectuó casi todos los jueves de 10:00 a 14:00 horas, por un período de cinco meses (día y horario de funcionamiento de la Posta sanitaria) y algunos fines de semana en los que el equipo de la Posta junto con los vecinos del barrio Margarita realizaron un trabajo en conjunto de recolección de datos. Para la obtención de los datos a través de entrevistas se realizó una muestra intencional seleccionando informantes que representaban los diversos actores que intervienen en la Posta sanitaria (médicos, trabajadores sociales, miembros de la comunidad, miembros de otras organizaciones que interactúen con la Posta), tratando de captar diferentes miradas para comprender de la mejor manera posible el caso en su complejidad. Se realizaron siete entrevistas semi-estructuradas a informantes clave: cinco a miembros de la comunidad que participaron en la Posta sanitaria de alguna experiencia que podría considerarse como fortalecedora y dos a integrantes del equipo de la Posta sanitaria (un médico y una trabajadora social).

El análisis de la información se realizó a través de la interpretación directa. Los datos producidos/recolectados a través de las notas de campo y entrevistas fueron examinados repetidamente de manera minuciosa. Durante este examen la información se fue codificando y recodificando en función de los objetivos de investigación. A partir de los datos codificados se elaboraron desarrollos analíticos en forma de memorias. Estas

---

memorias sirvieron para la redacción de descripciones significativas de cada uno de los temas del caso.

El análisis de la información se fue realizando de manera simultánea con el proceso de recolección de datos. Con el objeto de validar las interpretaciones se triangularon los datos obtenidos por medio de las observaciones con los recolectados a través de entrevistas.

Como parte de las conclusiones, podríamos afirmar, en relación a la participación comunitaria, que aquello que debería ser de acuerdo a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud una práctica constitutiva de los CAPS, se ha trasladado a los márgenes del primer nivel de atención, a las Postas Sanitarias, extensiones de los CAPS que funcionan de una manera muy diferente a los mismos.

Mientras que el CAPS sigue funcionando bajo un modelo biomédico de salud que privilegia la dimensión asistencial-curativa por sobre la participación de la comunidad, la Posta Sanitaria se organiza de una manera más próxima a los lineamientos de la Estrategia de APS. Sin embargo, también en esta última lo asistencial-curativo sigue siendo predominante.

La comunidad participa de diversas maneras. La forma de participación más extendida sigue siendo la simple concurrencia al lugar, aunque se pueden encontrar otras más plenas en donde los vecinos se involucran en actividades que resultan potenciadoras de la comunidad.

Lograr la participación comunitaria plena sigue siendo un objetivo muy difícil de alcanzar. La mayoría de los individuos continúan asumiendo un rol pasivo frente al sistema de salud. No hay participación activa de la comunidad en la definición de las prioridades sanitarias y en la implementación de acciones. La comunidad no ha ingresado al servicio de salud. No hay protagonismo comunitario. Tampoco se han tomado acciones desde el Aparato Médico Sanitario que apunten a insertar a la comunidad en los CAPS.

La "cultura de hospital", producto de un modelo biomédico de la salud; junto con la fragmentación de la comunidad y el clientelismo político constituyen los principales obstáculos para la participación y el fortalecimiento comunitario.

En cuanto al fortalecimiento comunitario, podríamos afirmar que en la Posta sanitaria se observan indicios de fortalecimiento comunitario a nivel individual y organizacional.

*Palabras clave: Participación comunitaria; Fortalecimiento comunitario o empowerment; Atención Primaria de la Salud.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Especialmente a Daniela, mi amor, por su apoyo incondicional durante todo este tiempo y por todas las cosas que tuvo que resignar para que pudiera finalizar con mis estudios.*

*A Blanca y a Carlos por haberme dado la vida y una familia en donde crecer y desarrollarme.*

*A Dorita y Juan Carlos, por todas las cosas que han hecho por mí desde que nos conocemos.*

*A Edgardo, por ofrecerme su acompañamiento.*

*A todos aquellos que de alguna manera colaboraron para que llegara a buen puerto.*



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



## ÍNDICE GENERAL

### **CAPÍTULO 1: Introducción: Planteo del problema, objetivos e hipótesis de investigación**

1.1- Indagaciones Preliminares.....	Págs. 2 a 7
1.2- Problema y Pregunta de Investigación.....	Págs. 7 a 9
1.3- Objetivos de Investigación.....	Págs. 9 a 10
1.4- Hipótesis.....	Pág. 10
1.5- Justificación.....	Pág. 10

### **CAPÍTULO 2: Algunas consideraciones teóricas sobre el poder, la participación y el fortalecimiento comunitario en salud**

2.1- Poder y Estructuras Mediadoras.....	Págs. 11 a 12
2.2- La Participación Comunitaria en Salud.....	Págs. 12 a 17
2.3- <i>Empowerment</i> , Fortalecimiento o Potenciación Comunitaria.....	Págs. 17 a 25

### **CAPÍTULO 3: Estrategia Metodológica y Estrategia de Análisis**

Estrategia Metodológica.....	Págs. 26 a 28
Estrategia de Análisis de datos.....	Pág. 28

### **CAPÍTULO 4: La Participación y el Fortalecimiento Comunitario en la Posta Sanitaria de Ushuaia: informe de caso**

1- Del Centro de Salud a La Posta Sanitaria.....	Págs. 29 a 31
2- Mi Primer día en La Posta.....	Págs. 31 a 35
3- La Posta Sanitaria: Un Espacio Distinto.....	Págs. 35 a 44
4- Las Formas en que participa la gente.....	Págs. 44 a 55
5- Concepciones en torno a la Participación Comunitaria.....	Págs. 55 a 56
6- Mecanismos y Acciones.....	Págs. 56 a 59
7- Obstáculos y Facilitadores.....	Págs. 59 a 65
8- Fortalecimiento Comunitario.....	Págs. 65 a 68
9- La Distribución del Poder al interior del equipo de La Posta.....	Pág. 68

### **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES**

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	Págs. 71 a 74
---------------------------	---------------

### **ANEXOS**

Anexo I: Guías de Entrevista.....	Págs. 1 a 7
Anexo II: Entrevistas.....	Págs. 1 a 64
Anexo III: Observaciones de campo.....	Págs. 1 a 32

## ÍNDICE DE CUADROS

1- Comparación de la potenciación comunitaria como resultado y como proceso en diferentes niveles de análisis.....	Pág. 20
2- Estrategias y actividades estratégicas fortalecedoras de la comunidad	Pág. 24

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN: *PLANTEO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E*

### *HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN*

El acercamiento al área de la salud se realizó con el objeto de investigar las estrategias que desplegaban los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para la promoción y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente no deseado. Con ese fin se concertó una entrevista con el Director de una unidad sanitaria del Partido de San Martín (Gran Buenos Aires). La reunión con el directivo redirigió el interés del investigador hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), específicamente, hacia la participación comunitaria en los Centros de Salud, uno de los ejes fundamentales de la APS.

#### 1.1- INDAGACIONES PRELIMINARES.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud, como fue concebida en Alma Ata<sup>1</sup> (1978), otorga un rol activo a la comunidad, promoviendo “la autonomía y la participación individual y comunitaria máximas en la planificación, en la organización, en la operación y en el control” (Alma Ata, 1978). Con ello se busca lograr mejoras en la salud mediante la transformación de las comunidades. En otras palabras, se trata de llevar adelante, a partir de la participación comunitaria, un proceso de potenciación o fortalecimiento comunitario en salud (*empowerment*).

El concepto de “*empowerment*” fue elaborado por Rappaport (1981) “para referirse al proceso por el que las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren control sobre sus vidas o sobre asuntos de interés específicos” (Maya Jariego, 2004:84). Montero (2003), propone utilizar el termino “fortalecimiento” o “potenciación” y lo define como “el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos

<sup>1</sup> En septiembre de 1978, en la localidad de Alma Ata (Ex - URSS), se llevó a cabo una reunión patrocinada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. En ella, 134 países acordaron que la atención primaria de la salud era la estrategia más adecuada para el logro de la equidad y la universalidad en la atención de la salud.

para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos". Según Rappaport (1987) "El concepto sugiere tanto la determinación individual de cada uno sobre su propia vida como la participación democrática en la vida de la propia comunidad, generalmente realizada a través de estructuras tales como las escuelas, el vecindario, la iglesia y otras organizaciones de voluntarios. En el *empowerment* convergen el sentimiento de control personal y el interés por la influencia social real, el poder político y los derechos legales (Rappaport, 1987; en Huelga, 2007).

En el ámbito sanitario, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) pueden llegar a jugar un papel fundamental en el proceso de fortalecimiento comunitario. Al estar insertos dentro de la comunidad están directamente en contacto con sus miembros, por lo que se pueden construir relaciones personales, durables, de confianza, que facilitan la puesta en práctica de medidas tendientes a fomentar la participación comunitaria y, en consecuencia, el *empowerment*.

Diversos autores (Bronfman y Gleizer, 1994; Ugalde, 1999; Fassin, 2000; Menéndez, 2006) señalan que la inclusión de la participación comunitaria en los programas de Atención Primaria de la Salud no es algo nuevo, sino que forma parte de los discursos de los organismos internacionales desde varias décadas atrás, fundamentalmente, a partir de la Conferencia de Alma Ata (1978). Sin embargo, los gobiernos, ONGs, instituciones internacionales e investigadores han interpretado y definido de forma diferente, y a veces contradictoria, qué es participación comunitaria (Bronfman y Gleizer, 1994; Ugalde, 1999; Bang, 2010).

Según Arnstein (1969) "...las distintas definiciones de participación comunitaria pueden ser visualizadas a lo largo de una línea a un extremo de la cual se encuentran formas de participación inducidas desde afuera o manipulativas, hasta el otro extremo, en el que se encuentra el control ciudadano de las decisiones sobre la salud. En este último, se hace partícipes a las personas del ejercicio del poder, las comunidades negocian de igual a igual con el gobierno, tienen poder de vetar y de obtener control completo sobre sus decisiones y recursos" (Arnstein, 1969; citado en Ugalde, 1999:147). Se incrementa así el poder de la comunidad a través de la participación comunitaria, logrando el fortalecimiento comunitario o "*empowerment*".

Belmartino (1984) denomina a este tipo de participación como *efectiva* o *emancipadora*. La participación es entendida como una instancia concientizadora y movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de los determinantes sociales de los procesos de enfermedad y se organiza para lograr mejores condiciones



de vida. Muller (1982) la define entonces como “un proceso de control creciente de la población marginalizada sobre su propio destino” como instrumento para llegar a “una distribución equitativa de poder en la sociedad, para que todos sus sectores y elementos tengan las mismas posibilidades, derechos, acceso a servicios, etc. (Muller, 1982; citado en Belmartino, 1984:6).

La mayoría de los autores (Ugalde, 1999; Menéndez, 2006; Pol de Vos y col, 2009) coinciden en que los años '70 fueron particularmente favorables para el desarrollo de experiencias de participación comunitaria en América Latina. La situación se mantuvo durante los primeros años de los '80, pero comenzó a cambiar a mediados de esa década, cuando la Fundación Rockefeller promocionó la APS selectiva (APSS) como una alternativa más rentable al modelo de Atención Primaria Integral; modelo que se adaptaba mejor al contexto socioeconómico de ese momento y al pensamiento dominante que propiciaba la retirada del Estado en la prestación de muchos servicios, entre ellos el de la salud. “La atención primaria selectiva le quito inmediatamente su involucramiento comunitario, su compromiso con un cambio social más amplio y su visión redistributiva” (Pol de Vos y col, 2009:128).

Para Pol de Vos y col (2009), el afianzamiento de ese modelo se da en la década del '90, cuando el Banco Mundial, desplazando a la OMS, se convierte en la institución a cargo de la formulación de las políticas de salud. El concepto de participación comunitaria fue “deliberadamente limitado al de compartir los gastos y a la co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud” (Pol de Vos y col, 2009:128).

Como respuesta a la nueva situación, según Pol de Vos y col (2009), y para diferenciar las distintas concepciones de participación comunitaria en función de los objetivos que perseguían, comienza a adquirir importancia en el área de la salud el concepto de “*empowerment*” como proceso y como resultado.

Rifkin (1986), señalan Pol de Vos y col (2009), distingue la participación comunitaria en función de los objetivos perseguidos en dos grupos, según se piense como recurso o instrumento para alcanzar alguna meta concreta (marco orientado a metas) o con el objetivo de lograr el fortalecimiento de la comunidad (marco de *empowerment*). De esta manera, Rifkin afirma que en el “marco orientado a metas” los “grupos objetivo seleccionados (compuestos por beneficiarios del programa) trabajan para mejorar la organización de servicios de salud”; en cambio, en el “marco de *empowerment*”, “se moviliza a los miembros de la comunidad para participar en la toma de decisiones en la planificación, en la implementación y en la evaluación del programa con el objetivo (principal) de potenciarse a sí mismos” (Pol de Vos y col, 2009:129).



Si bien para Rifkin (1986) la participación de la comunidad es algo muy importante, lo fundamental es que el resultado final del proceso participativo sea una redistribución del poder y de los recursos, que se alcance el fortalecimiento comunitario o "empowerment" (Pol de Vos y col, 2009).

En la Argentina la participación comunitaria como parte de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud se vio truncada por el contexto político. Los sucesivos gobiernos dictatoriales del período en que se realizó la Conferencia de Alma Ata, dejaron de lado cualquier iniciativa que promoviera la participación de la gente (Stolkiner y Wilner, 2007; Rovere, 2009).

La situación cambia con el retorno de la democracia. Durante los ochenta, la APS adquiere auge en tanto discurso democratizador de las prácticas en salud. Sin embargo, declina a fines de esa década, junto con la crisis económico social que afecta al país en ese período histórico (Stolkiner y Wilner, 2007).

En el año 2002, luego de que se decretase la Emergencia Sanitaria Nacional, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (como fue concebida en la Conferencia de Alma Ata) se convirtió en el eje principal de la política pública de salud (Tobar y col., 2006).

El Plan Federal de Salud (2004), sancionado para hacer efectivo este cambio en la política pública de salud recoge, en relación a la participación comunitaria, las concepciones originales formuladas en Alma Ata, otorgando un rol activo a los individuos en el control de la salud. El plan establece que:

*"...el pueblo debe ser protagonista de su proceso de salud; la salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios institucionalizados de atención médica"*

(MSAL, 2004).

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación promueve, desde entonces, que los trabajadores de la salud salgan del consultorio y se integren activamente en la comunidad, ejerciendo funciones de liderazgo y comunicación, y que la comunidad ingrese a los servicios de salud, participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y de la formulación e implementación de acciones (MSAL, 2006).

La política nacional en materia de participación comunitaria en salud se operacionaliza en diversos programas nacionales. Entre ellos, el más importante es el PROAPS - REMEDIAR. Este fija como uno de sus objetivos que la comunidad misma sea la propulsora del cambio en el modelo de atención, por lo que el *empowerment* de las

acciones de APS por parte de la población es visto como un requisito fundamental para impulsar la reforma definitiva del sector (MSAL, 2006).

Desde el programa PROAPS – REMEDIAR se señalan como objetivos la promoción de un protagonismo liberador, que participar no signifique sólo el cumplimiento de funciones vicariantes por parte del pueblo; sus autoridades destacan que hay que dejar de “bajar línea”, que quienes trabajan en la APS actúen como facilitadores brindando instrumentos a la gente para que se apropien de ellos y comiencen un proceso grupal y comunitario; se busca consolidar la base democrática; desarrollar el *empowerment*, incentivando la capacidad de la gente para tomar la conducción de sus problemas y elaborar su solución (Programa REMEDIAR, MSAL, 2007).

Se puede concluir que el discurso oficial de la política actual de APS en Argentina promueve la participación comunitaria con el objetivo de alcanzar el fortalecimiento comunitario o *empowerment*, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad.

Sin embargo, estos planteos deben aplicarse en la realidad para que no sean meras expresiones de deseo. ¿Qué pasa entonces en la Argentina? ¿Cómo es concebida y fomentada la participación comunitaria en los Centros de Atención Primaria de la Salud, en tanto es en ellos en donde se materializan las políticas que en esa materia establece el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación? ¿Hay participación de la comunidad? ¿De qué manera participan los individuos en los Centros de Salud? ¿Hay redistribución del poder y apropiación de los espacios por parte de la comunidad? ¿Se produce el tan mencionado *empowerment* o fortalecimiento comunitario?

Hay un importante desarrollo de teoría y se pueden encontrar en los últimos años un gran número de investigaciones sobre participación comunitaria en salud tanto a nivel nacional como internacional. No ocurre lo mismo con el concepto de *empowerment*. Luego de realizar una búsqueda exhaustiva se encontraron muy pocos trabajos de investigación en Iberoamérica sobre fortalecimiento comunitario o *empowerment* en el área de la salud.

La Universidad ISALUD (Argentina), la Escuela Superior de Posgrado de la Universidad Mayor de San Simón (Bolivia), la Fundación Salud y Vida (Paraguay) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay); llevaron adelante en el período 2006 – 2008 una investigación denominada “Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado”. La misma tuvo por finalidad relevar las principales

experiencias en materia de participación de la comunidad en el área de la salud utilizando el concepto de participación ciudadana.

Carvalho (2008), realiza un estudio exploratorio analizando la Promoción de la Salud en Canadá, en donde desarrolla el concepto de *empowerment* destacando su importancia en las prácticas de educación para la salud.

Muy pocos investigadores han estudiado la participación conjuntamente con el fortalecimiento comunitario o *empowerment* en el área de la Atención Primaria de la Salud. Restrepo y Mosquera (2009), en Colombia, investigaron experiencias de participación comunitaria y *empowerment* en APS en Bogotá, en el período 2004-2007. En Argentina, Essayag (2004) efectuó una investigación denominada "Participación social y comunitaria en salud. Evaluación de las etapas de diseño e implementación del componente de participación social del Programa REMEDIAR y sus interfaz con las instancias de participación comunitaria en un estudio de caso a nivel local". En ella se centra en el estudio de la participación en los niveles más altos del programa REMEDIAR y analiza la interfaz con un CAPS del Gran Buenos Aires, utilizando los conceptos de "participación poder" y "participación instrumental", entendiendo la primera como aquella en la que se da el fortalecimiento comunitario o *empowerment* pero sin profundizar en este último concepto. Cosovschi (2006) investiga prácticas participativas en salud realizando un estudio de caso en el Municipio de General Rodríguez en el marco de la estrategia de Municipios Saludables, en la cual la participación se entiende como aquella que promueve el fortalecimiento comunitario. Tampoco aquí hay un gran desarrollo del concepto de *empowerment*.

## 1.2- PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Ugalde (1987) señalaba, a mediados de los ochenta, que hasta esa fecha, los programas de salud que incluían la participación de la comunidad habían fallado. No se desarrollaba participación en las áreas de toma de decisiones, programación de actividades, control; y en donde esto se producía, rápidamente era desalentado por los gobiernos, o directamente censurado ante el peligro que representaba la toma de conciencia política de los miembros de las comunidades; concluyendo en que "la participación comunitaria en Latinoamérica ha sido, en la mayoría de los casos, simbólica" (Ugalde, 1987, en Menéndez – Spinelli, 2006: 38).

En el mismo sentido, Restrepo y Mosquera (2009), afirman que los componentes que dan poder y participación real a las comunidades, por lo general, en la práctica no se promueven en ninguno de los niveles administrativos y de prestación de servicios en el



sector salud. "Los tomadores de decisiones o entes de poder permiten la promoción y el desarrollo de la participación comunitaria pero hasta cierto punto, hasta un límite". (Restrepo y Mosquera, 2009:250). En consecuencia, "la participación comunitaria termina siendo un recurso, un instrumento o una herramienta al servicio del sistema" (Restrepo y Mosquera, 2009:248).

Menéndez (2006), al igual que los autores precedentes, afirma que diversos análisis realizados en los últimos veinte años a los Aparatos Médico Sanitarios (AMS) de Latinoamérica llegan a similares conclusiones: "(...) los programas especiales de salud suministrados verticalmente a través de departamentos del sistema de salud pública (...) sin la participación de la comunidad, son la regla más que la excepción (...) El gobierno dice abogar por la participación comunal, pero en realidad hace muy poco por idear e implementar estrategias que podrían dar por resultado la participación" (Kroeger y Barbira-Freedman, 1992:350-51, en Menéndez, 2006:87).

Según Menéndez (2006) "los AMS tienden a favorecer una Participación Social individual o microgrupal centrada en la mujer y a impulsar la participación en términos de recurso, colocando el eje de la primera en los asistencial/curativo, y el de la segunda en su utilización como mano de obra" (Menéndez, 2006:93).

En consecuencia, Restrepo y Mosquera (2009) afirman que "aún siguen primando en los imaginarios, los conceptos teóricos y en las prácticas institucionales la idea de que la comunidad sólo puede, sabe y debe participar en decir cuáles son sus problemas y necesidades y en la ejecución de algunas actividades que planean los servicios de salud (Restrepo y Mosquera, 2009:261).

Sotelo (OPS, 2004), por su parte, sostiene que muchas veces la participación no se da por falta de interés de la población, dependiendo en gran medida de las personalidades de los actores involucrados.

Para Menéndez (2006), sin embargo, la idea de que la población se caracteriza por su pasividad, desinterés y falta de iniciativa (noción que según este autor está muy arraigada en los médicos), si bien puede ser correcta a nivel manifiesto, deja de lado el papel de la biomedicina y del sector salud en la construcción de esa pasividad y desinterés por parte de la comunidad. De acuerdo a Menéndez (2006), por lo general, los médicos consideran que la Participación Comunitaria no es un asunto que sea de su incumbencia y esto se manifiesta en la falta de formación profesional que evidencian los equipos de salud en casi todo lo que refiere a la misma.

## **Pregunta de Investigación**

### ***Pregunta General***

¿Cómo es actualmente concebida y fomentada la participación comunitaria en los Centros de Atención Primaria de la Salud de Ushuaia?

### ***Preguntas Específicas***

¿Hay participación de la comunidad? ¿De qué manera participan los individuos en los Centros de Salud? ¿Qué estrategias de participación comunitaria se han impulsado y desarrollado en los CAPS y qué resultados se han obtenido en el fortalecimiento de la comunidad a nivel individual y organizacional? ¿Las actividades realizadas en los CAPS facilitan el fortalecimiento de la comunidad a nivel individual y organizacional? ¿Con qué espacios, recursos y mecanismos para promover y desarrollar la participación comunitaria cuenta el CAPS? ¿Cuáles son los factores que limitan o favorecen la participación comunitaria? ¿Hay apropiación de los espacios por parte de los habitantes que evidencien resultados en cuanto a potenciación individual y organizacional? ¿Se produce *empowerment* o fortalecimiento comunitario en los niveles individual y organizacional?

## **1.3- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.3.1- General**

“Analizar las evidencias disponibles sobre experiencias de participación comunitaria en salud en un Centro de Atención Primaria de la Salud de Ushuaia y los resultados alcanzados en cuanto a fortalecimiento comunitario (*empowerment*) en salud en los niveles individual y organizacional desde el año 2004 hasta la actualidad”

### **1.3.2- Específicos**

- Indagar acerca de las concepciones de los miembros de la comunidad y trabajadores de la salud en torno a la participación comunitaria en salud y la idea de fortalecimiento comunitario o *empowerment*.
- Indagar acerca de los mecanismos de ejecución y las acciones concretas que se han desarrollado en el Centro de Salud para fomentar la participación comunitaria y sobre cuales han sido los resultados obtenidos.
- Analizar si las actividades que se llevan a cabo en el Centro de Salud facilitan el fortalecimiento comunitario o *empowerment* en el nivel individual y organizacional.

- Indagar en torno a cuales han sido los obstáculos y facilitadores de la participación comunitaria en salud.
- Caracterizar la modalidad que adquiere en la práctica la participación comunitaria en salud.
- Analizar los resultados que la participación comunitaria ha alcanzado en cuanto a *empowerment* individual y organizacional en salud.

#### 1.4- HIPÓTESIS.

- La formación del personal de los CAPS en Participación Comunitaria influye en las posibilidades de alcanzar resultados en cuanto a participación y fortalecimiento comunitario en salud.
- La forma en que se concibe la participación influirá en el diseño de los mecanismos para lograrla y, en consecuencia, en las posibilidades de alcanzar resultados en cuanto a participación y fortalecimiento comunitario en salud.
- Una cultura institucional centrada en el saber biomédico influirá negativamente en las posibilidades de alcanzar resultados favorables en cuanto a participación y fortalecimiento comunitario en salud.
- Las características sociales, culturales, económicas y el grado de desarrollo de organizaciones de base influirán sobre las posibilidades y formas en que se de la participación comunitaria en salud y el fortalecimiento de la comunidad.

#### 1.5- JUSTIFICACIÓN

En un estudio sobre el sistema de salud de Argentina, realizado para la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur, Stolkiner (2008) señalaba como deficiencia que no existen mecanismos de control de calidad de la APS ni estudios de cobertura y/o accesibilidad en población que permitan monitorear el modo en que la población se vincula con los servicios de APS. Es decir, hay una escasez de información, evidencias y sistematización de las experiencias de trabajo y participación comunitaria en los servicios de salud en el marco de la APS.

Esta investigación sería un aporte de interés en la comprensión de esos fenómenos. Además, sus resultados podrían brindar elementos que faciliten intervenir posteriormente en aspectos puntuales, con el propósito de incrementar la participación comunitaria en salud y el fortalecimiento comunitario.



## CAPÍTULO 2

### *ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL PODER, LA PARTICIPACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO EN SALUD*

Entendemos la vida social como obra producida por la acción de quienes participan en ella. La sociedad resulta así una creación humana y, por lo tanto, modificable (Giddens, 1984).

Recuperamos el papel del actor en la construcción de la sociedad, sin desconocer el peso que las estructuras tienen sobre los individuos. Consideramos que las personas nunca están completamente gobernadas por fuerzas sociales, ni son seres completamente libres. Es en la intercepción entre lo individual y lo colectivo en donde se desarrolla la acción humana (Giddens, 1984).

Los individuos, en tanto actores, constituyen la sociedad a través de sus prácticas (produciendo y reproduciendo las estructuras), y son a su vez producto de lo social. La realidad social no es algo dado, sino que se constituye por el actuar de las personas en su vida diaria. La acción social aparece así como la respuesta activa a situaciones definidas estructuralmente y que a su vez tienen consecuencias en esa misma estructura (Giddens, 1984; Gallart, 1992).

#### **2.1- PODER Y ESTRUCTURAS MEDIADORAS.**

##### **2.1.1- El poder**

El concepto de *empowerment*, fortalecimiento o potenciación comunitaria está íntimamente ligado al de poder.

Los pensadores que han reflexionado acerca del poder lo han definido de diferentes maneras de acuerdo a sus concepciones acerca de la naturaleza de la sociedad y del hombre (Lukes, 1978).

En este trabajo entendemos poder en el sentido propuesto por Giddens (1976), como la capacidad que el actor tiene de intervenir en el curso de los eventos y alterarlos.

El poder representa así "la capacidad transformadora de la acción humana" (Giddens, 1976:136)

*"El poder en el sentido de la capacidad transformadora del obrar humano es la virtualidad del actor de intervenir en una serie de sucesos para alterar su curso" (Giddens, 1976:138).*

Es decir, el hombre posee la capacidad de producir una diferencia en su entorno a partir de su acción, por lo que su acción tiene una cualidad transformadora de la realidad (Giddens, 1984)

### **2.1.2- El papel de las estructuras mediadoras**

Las sociedades actuales han sido caracterizadas por el marcado individualismo, la dependencia y la apatía de los personas. La participación comunitaria aparece entonces como un instrumento fundamental para contrarrestar esos males (Menéndez, 2006), incentivando a los individuos a recuperar su papel como creadores de la realidad social.

Berger y Neuhaus (1977) señalan que las estructuras mediadoras<sup>2</sup> proporcionan a los individuos oportunidades para implicarse en el devenir de su comunidad al facilitar la participación de la comunidad. Las definen como "aquellas instituciones situadas entre el individuo, considerado en su vida privada, y las grandes instituciones de la esfera pública" (Berger y Neuhaus, 1977: 2).

Las principales estructuras mediadoras de la sociedad serían, para Berger y Neuhaus (1977), el barrio, la iglesia, la familia y las asociaciones voluntarias, aunque señalan que la lista no es taxativa (a nosotros nos interesa agregar, entre estas estructuras, a los Centros de Salud). Lo que las caracteriza es el hecho de que resultan instancias más cercanas a las necesidades y aspiraciones de los individuos y más fácilmente controlables por ellos mismos.

Maya Jariego (2004), por su parte, también destaca el potencial de las estructuras intermedias en el fortalecimiento comunitario o *empowerment*.

## **2.2- LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD.**

### **2.2.1- ¿Qué es participación comunitaria en salud?**

La inclusión de la participación comunitaria en el área de la salud comienza en América Latina en la década del '50. Al principio se enfocaba en las poblaciones rurales y posteriormente, en los '60, se fue ampliando incorporándose a todos los programas de salud (Menéndez, 2006; Ugalde, 1999; Bang, 2011). Sin embargo, es a partir de la

<sup>2</sup> "Mediating structures" en el original.

Conferencia de Alma Ata (1978) que la participación comunitaria adquiere mayor fuerza convirtiéndose en una de las actividades básicas de la atención primaria de la salud (Menéndez, 2006; Bang, 2011; Restrepo y Vega, 2009). Allí se la definió como:

*"El proceso en virtud del cual los individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo" (OMS-UNICEF, 1978: 7).*

Diversos autores (Menéndez, 2006; Ugalde, 1999; Bronfman y Gleizer, 1994; Bang, 2011) coinciden en que la amplitud con la que fue definida la participación comunitaria en salud dio lugar a que surgieran diferentes interpretaciones y formas de llevarla a la práctica. En consecuencia, se pueden encontrar perspectivas que la entienden sólo como un recurso para alcanzar determinados objetivos puntuales; hasta aquellos que la han concebido como un medio para llevar adelante la transformación de la sociedad incrementando el poder de las comunidades (Menéndez, 2006; Ugalde, 1999).

Por ello, "Arnstein afirma que se puede visualizar la participación a lo largo de una línea a un extremo de la cual se encuentran formas de participación inducidas desde fuera o manipulativas hasta el otro extremo, en el que se encuentra el control ciudadano de las decisiones sobre salud. En este extremo las comunidades negocian de igual a igual con el gobierno, tienen poder de vetar y de obtener control completo sobre sus decisiones y recursos" (Ugalde, 1999:147).

Las diferentes concepciones acerca de lo que es participación social<sup>3</sup>, señala Menéndez (2006), hacen que no todas las prácticas en donde interviene la población sean consideradas bajo ese concepto. Las divergencias "se aplican fundamentalmente en función de los objetivos que se persiguen con la participación social y de las formas organizativas a través de las cuales se expresan" (Menéndez, 2006:82).

Sin embargo, para Menéndez (2006), es un error metodológico negar la cualidad de participación social a formas de acción cuyo sentido cuestiono, ya que esto podría generar que en la práctica tenga que dejar de lado las principales formas de participación social que utilizan los grupos e instituciones con los cuales voy a trabajar. Por ello Menéndez (2006) sostiene la conveniencia de establecer nuestra propia definición de participación social pero sin desconocer la existencia de otras formas de conceptualizarla.

<sup>3</sup> Menéndez utiliza el término Participación Social con el mismo sentido de Participación Comunitaria.



Teniendo en cuenta la recomendación de Menéndez (2006), y para no incurrir en el error metodológico señalado por el autor, para este trabajo, siguiendo a Bronfman y Gleizer (1994), adoptaremos una concepción amplia de participación comunitaria, entendiendo por tal cualquier práctica en la cual se da la incorporación de la población o de sectores de ella a alguna actividad específica relacionada con la salud.

Sin embargo, dado que esta investigación pretende analizar la participación comunitaria en tanto práctica fortalecedora de la comunidad, diferenciaremos las formas de participación comunitaria siguiendo la distinción que hace Rifkin (1986), entre participación en el marco orientado a metas (o instrumental) y participación en el marco de *empowerment*.

### **2.2.2- Participación en un marco orientado a metas y en un marco de *empowerment* o fortalecimiento comunitario.**

Como señaláramos anteriormente, Rifkin (1986) divide las diferentes modalidades de participación social en dos grandes grupos, oponiendo aquellas que la conciben como instrumento o recurso para alcanzar objetivos específicos (marco orientado a metas) a las que buscan el fortalecimiento comunitario (marco de *empowerment*). En este último “se moviliza a los miembros de la comunidad para participar en la toma de decisiones en la planificación, en la implementación y en la evaluación del programa con el objetivo (principal) de potenciarse a sí mismos” (Pol de Vos y col, 2009:129).

Lo fundamental para Rifkin (1986), según Pol de Vos y col (2009), es que la participación comunitaria de cómo resultado “la redistribución de recursos y del poder en el proceso político y la habilidad incrementada de las comunidades marginadas para controlar procesos clave que influyen sus vidas” (Pol de Vos y col, 2009:129), es decir, la potenciación o fortalecimiento comunitario.

Si agrupamos los diversos objetivos que se han perseguido con la participación comunitaria que enumera Menéndez (2006) en las dos categorías que propone Rifkin (1986) podemos decir que:

- En un “marco orientado a metas” o como recurso, la participación comunitaria se desarrolla con algunos de estos objetivos: como medio para mejorar el estado de salud, reducir daños, mejorar la cobertura; legitimar al Estado o al grupo que impulsa este tipo de actividades; reducir costos en la aplicación de actividades curativas y/o preventivas, y en la supervisión del uso de recursos a nivel local a través del trabajo “voluntario”; involucrar a la población para poder planificar mejor y posibilitar una mayor aceptación de las propuestas diseñadas y decididas a nivel central; como un mecanismo de distracción, de mediatización, de reforzamiento